

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

235

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

Jean - Robert PERRIMOND

Né à Paris, le 23 Juillet 1917

**A propos d'un cas
de Fistule « Auriculaire » complète**

Présentée et soutenue publiquement le 29 JUIN 1943

Président : M. LEMAITRE.

Assesseurs :

LIBRAIRIE MARIALE
23, rue de Fleurus
Paris (6^e)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

Jean-Robert PERRIMOND

Né à Paris, le 23 Juillet 1917

**A propos d'un cas
de Fistule « Auriculaire » complète**

Présentée et soutenue publiquement le ... Juin 1943

Président : M. LEMAITRE.

Assesseurs :

LIBRAIRIE MARIALE
23, rue de Fleurus
Paris (6^e)



LE DOYEN..... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	H. BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	HARVIER.
	P.-VALLERY-
	RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	MONDOR.
	QUENU.
	BROCQ.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.

MM.

Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	CL. VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

Professeurs sans chaire

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE .. Pathologie chirurgicale.
 BARIETY ... Pathologie médicale.
 BERNARD Et. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET ... Bactériologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET ... Pathologie médicale.
 BULLIARD . Histologie.
 CACHERA .. Pathologie médicale.
 CORDIER ... Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE .. Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREGZ (H.) Physique.
 DESOILLE .. Médecine légale.
 DIGONNET . Obstétrique.
 DOGNON ... Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRUNTANO Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD . Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 Mlle GAUTHIER-VILLARS Anatomie
 pathologique.

MM.

DE GENNES . Pathologie médicale.
 HAGUENAU. Pathologie médicale.
 LACOMME .. Obstétrique.
 LANTUEJOU. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE .. Pathologie expérimentale.
 LENEGRE .. Pathologie médicale.
 Mlle J. LEVY. Pharmacologie.
 MARCHAL .. Pathologie médicale.
 MENEGAUX . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . Pathologie médicale.
 MOUQUIN .. Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU ... Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS EN EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
ALGLAVE . Pathologie chirurgicale.	LE LORIER . .Obstétrique.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
GUENIOT ... Obstétrique.	PIEDELIEVRE Médecine légale.
HEITZ-BOYER Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL. Obstétrique.
HUGUENIN ..Anatomie pathologique.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	MM.
ALAJOUANINE	BASSET
BRULE	GATELLIER .
CHEVALLIER.	de GAUDARD
LAROCHE Guy	d'ALLAINES
MOREAU	MOULONGUET
SEZARY	MOURE

Clinique médicale. Clinique chirurgicale.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agréé Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
DECHAUME Stomatologie.
N... .. Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE
(in memoriam).

A MON PERE

*En témoignage de ma pro-
fonde reconnaissance.*

A MA FEMME

A MA FILLE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

*Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique
de la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.*

*Qui a bien voulu nous faire
le très grand honneur d'accep-
ter la présidence de notre
thèse.*

*En témoignage de notre pro-
fond respect.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR ROUGET

Laryngologiste de l'Hôpital Trousseau.

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a guidé de
ses conseils avertis.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A PROPOS D'UN CAS DE FISTULE « AURICULAIRE »

COMPLETE

Nous avons été amenés récemment à observer dans le service d'oto-rhino-laryngologie de notre Maître, le Docteur ROUGET, un cas particulièrement net de persistance de la première fente branchiale, réalisant une fistule congénitale complète avec un orifice pré-auriculaire et l'autre situé dans le cavum.

Les observations de telles fistules étant très rares, nous avons considéré qu'il était intéressant de relater celle-ci en détail, et notamment de rappeler à cette occasion l'opposition fondamentale qui existe entre ces fistules et les fistules auriculaires courantes, généralement borgnes-externes et ayant une formation embryologique essentiellement différente.

Au début de ce travail, nous tenons à remercier tout particulièrement notre Maître, le Docteur ROUGET, qui nous a inspiré ce sujet, et a bien voulu nous apporter son précieux concours.

HISTORIQUE

L'étude des fistules auriculaires n'est pas très ancienne puisque la première publication sur ce sujet est l'observation clinique de BETZ en 1863, d'un trajet fistulaire situé sur le lobule.

En 1864, HEUSINGER publia le cas d'une fistule auriculaire de siège plus typique (racine de l'hélix) ; puis vinrent les travaux de WIRCHOW (1864-1865) qui rapporte un cas de fistule auriculaire avec microtie : en arrière et au-dessous de la microtie se trouvait l'orifice d'une longue fistule perméable pour une sonde, et qui débouchait dans le pharynx. Notons ensuite les travaux de URBANTSCHITCH en 1877. Recherchées plus systématiquement, elles furent alors l'objet d'études statistiques (KOSTANECKI 1890, EYLE 1891, GRUNERT 1898, PIEL 1904, ONODI 1918, de OLIVEIRA 1921, MARX 1926). Enfin, on s'aperçut qu'elles étaient non seulement congénitales, mais héréditaires, comme d'ailleurs presque toutes les malformations de l'oreille.

Il y avait ainsi assez d'éléments réunis pour penser que ces fistules représentaient soit un arrêt du développement normal, soit une déviation de celui-ci. Il nous faut alors citer les importants travaux de MOLDENHAUER en 1877, HIS en 1884-1885, GRADENIGO de 1888 à 1924, SCHWALBE en 1897, et STREETER en 1922 qui eurent pour but non seulement de nous faire connaître les différentes phases du développement de la fossette auditive et de ses bourgeons périphériques, mais aussi

d'expliquer l'origine des fistules et autres malformations de l'oreille externe. Citons pour terminer les travaux de MOATTI sur les fistules et les kystes congénitaux de la région latérale du cou qui ont fait l'objet d'une thèse en 1929, et enfin le travail original de la clinique oto-rhino-laryngologique du professeur LEMAITRE, publié par le Docteur R. GUYOT dans les annales d'oto-rhino-laryngologie, où l'auteur a réalisé une étude claire et approfondie des différentes variétés de fistules et notamment a différencié les variétés typiques et atypiques dont l'aspect clinique et l'étude embryologique ne sont pas comparables.

Il est indispensable, pour comprendre l'existence et la formation de l'anomalie que nous étudions ici, de donner un aperçu de la formation de l'appareil branchial, au cours de la vie embryonnaire.

RAPPEL EMBRYOLOGIQUE DE LA FORMATION DES POCHES ET DES ARCS BRANCHIAUX

Le développement des poches et des arcs branchiaux commande celui de l'extrémité antérieure de l'appareil digestif. En même temps que se produit l'inflexion ventrale de l'extrémité céphalique, on voit apparaître de chaque côté de la région cervicale, au niveau du cul-de-sac pharyngien, deux sortes de sillons transversaux : les uns superficiels ou ectodermiques, les autres profonds ou ento-dermiques. Ces sillons ou poches vont à la rencontre des uns des autres et ne sont plus séparés à un moment donné, grâce à la résorption du mésoderme que par une lame obturante due à l'accolement de l'ectoderme et de l'endoderme. La disparition de la lame obturante, chez les poissons, crée la fente branchiale qui fait communiquer le pharynx avec l'extérieur. Normalement ces lames ne disparaissent jamais chez l'embryon humain.

Les poches branchiales sont séparées par des arcs épaissis, ayant conservé une charpente mésodermique et dénommés arcs branchiaux ou viscéraux, ou pharyngiens. Comme les fentes qu'ils limitent, ils sont symétriques et dirigés dorso-ventralement d'arrière en avant et de haut en bas. Chez les mammifères, on compte quatre arcs branchiaux visibles séparés par quatre poches branchiales et numérotés de 1 à 4, en allant d'avant en arrière : le premier arc s'appelle arc maxillaire, le deuxième s'appelle arc hyoïdien.

L'extrémité antérieure de ces arcs, presque au contact pour le premier, va en s'écartant jusqu'au quatrième, d'où la délimitation sur la face ventrale du pharynx d'une plaque triangulaire, à sommet antérieur et appelé champ mésobranchial.

Le premier arc branchial se réunissant par bourgeonnement avec celui du côté opposé contribuera à former avec les deux bourgeons nasaux le relief et les cavités de la face (orbite, nez, maxillaire supérieur, etc.). Par une branche de division inférieure, ce même arc donnera le maxillaire inférieur ; ce dernier sera précédé dans son ossification par deux tiges cartilagineuses, dites tiges de MECKEL, dont les extrémités postérieures formeront le marteau et l'enclume.

Dans le deuxième arc branchial apparaît un cartilage qui donnerait d'arrière en avant l'étrier, l'apophyse styloïde, le ligament stylo-hyoïdien et la petite corne de l'os hyoïde.

Le troisième arc donnerait les grandes cornes de l'os hyoïde.

Le quatrième arc donnerait le cartilage thyroïde.

Normalement chez les mammifères les poches branchiales disparaissent tôt et l'on sait qu'elles restent toujours au stade de sillon ecto et entodermique, sans qu'il y ait résorption de la membrane obturante.

On admet schématiquement que la première poche donnerait en arrière le conduit auditif externe par sa portion ectodermique et par sa portion entodermique l'oreille moyenne et la trompe d'Eustache. Le tympan représenterait une partie de la membrane obturante correspondante. Rappelons que l'oreille interne résulte d'une fossette ectodermique qui s'enfonce en profondeur et vient s'accoler secondairement au rhombencéphale.

La deuxième poche donnerait la fosse amygdalienne.

La troisième et la quatrième forment par leur portion entodermique le thymus et les parathyroïdes, et participent pour une très faible part à la formation de la thyroïde.

Ainsi à première vue cette description de la formation de l'appareil branchial des vertèbres nous montre qu'il n'y a normalement aucune possibilité de création de fente véritable faisant communiquer comme chez les poissons, le pharynx avec l'extérieur mais d'après MOATTI, il existe d'une façon assez rare (ce qui expliquerait le petit nombre d'observations de fistules congénitales complètes), une perforation de la première et de la deuxième poche branchiale déterminant ainsi cette fois une véritable communication. On conçoit plus aisément que l'existence de cet orifice, constituant déjà une malformation au cours de vie embryonnaire, puisse persister et déterminer la formation d'une fistule du genre de celle qui nous occupe dans ce travail.

D'après le traité d'Embryologie de DUBREUIL, ces malformations de la zone branchiale entraîneraient :

1° Des fistules de la région sus-hyoïdiennes, dérivant de la première fente branchiale, c'est le cas que nous étudions.

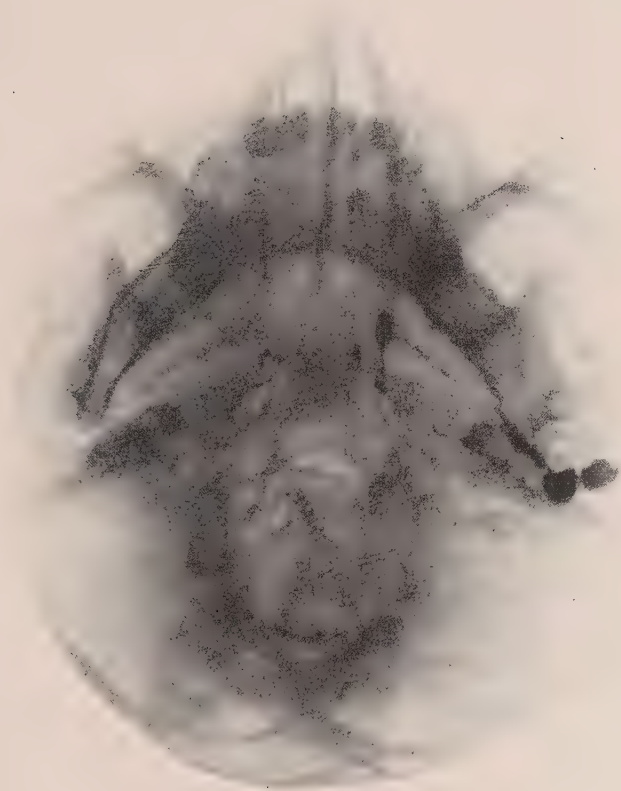
2° Des fistules sous-hyoïdiennes dont l'orifice est situé un peu au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire dérivant de la deuxième poche branchiale ectodermique, généralement borgnes externes. Mais elles peuvent être aussi borgnes internes, ouvertes alors dans le pharynx en arrière de l'amygdale.

3° Des fistules médianes que certains auteurs attribuent à la persistance d'une partie de la troisième poche.

Ces deux derniers cas constituent les homologues dans des régions différentes de la fistule de notre observation.

Etant au chapitre de l'Embryologie, nous allons nous attacher dès à présent à montrer la différence capitale qui existe entre notre variété de fistule, et les fistules auriculaires typiques banales que l'on a confondues jusqu'aux travaux de GUYOT.

Les fistules auriculaires vraies procèdent d'une façon très



particulière d'une anomalie dans la formation de l'oreille externe. R. Guyot montre, en effet, que la formation de l'oreille externe s'opère de la façon suivante :

Il existe d'abord six bourgeons ou colliculi, sur le bord postérieur du premier sillon branchial. Ceux-ci n'invoquent pas, mais grossissent et en certains points plus actifs, forment de nouveaux bourgeons, donnant l'apparence de s'être dédoublés ou prolongés. Le bourgeonnement n'intéresse pas que les bords de la fossette, mais aussi tout son versant profond postérieur et la moitié supérieure de l'antérieur. En définitive, à l'image des colliculi, succède celle des bourgeons marginaux et des bourgeons profonds.

Les bourgeons profonds donneront :

La crus hélicis ;

L'antitragus ;

L'anthélix.

Les bourgeons marginaux donneront :

Le lobule ;

L'hélix descendante ;

Le tragus.

Rien de tout cela, dit l'auteur, ne laisse prévoir la formation d'une fistule ; les colliculi et les bourgeons qui leur succèdent ne sont pas des formations très saillantes : ils ne se soudent pas, mais se fondent ensemble par croissance interticielle des légères dépressions qui les séparent. L'incisure la plus marquée est l'intertragique. Elle ne présente jamais de fistule.

La fistule auriculaire typique ne peut donc être que la conséquence d'une évolution anormale de ces bourgeons. Elle sera donc cliniquement différente tant au point de vue de son siège que de sa configuration générale de celle que nous rapportons dans notre observation, et *a priori* ne sera jamais complète et toujours borgne externe, c'est ce que nous verrons plus bas dans le chapitre du diagnostic.

OBSERVATION

L'enfant M... Joseph, âgé de 9 ans, entre dans le service d'O. R. L. de l'Hôpital Trousseau, le 23 mars 1943. Il a été amené par sa mère parce qu'il présente depuis sa naissance un orifice anormal au niveau de l'oreille gauche, dont il ne souffre nullement.

Il s'agit d'un enfant de taille et d'aspect extérieur normaux, sans stigmates de dégénérescence. L'inspection de l'oreille gauche montre sur la face externe de la racine de l'hélix la présence d'un orifice de deux millimètres de diamètre de même teinte que le reste des téguments environnants. A première vue, on ne se rend pas compte s'il y a un trajet fistulaire profond car les deux parois sont coaptées. Le reste de l'oreille externe est normal ainsi que le tympan. Sur l'oreille droite, au même niveau, on note un petit repli épidermique mais sans excavation proprement dite.

A priori, étant donné le siège, il s'agit d'une fistule auriculaire banale, borgne externe comme cela se voit toujours. L'enfant interrogé nous précise qu'il n'en souffre jamais et qu'il ne ressent aucune gêne à la mastication et à l'audition. Voulant connaître l'étendue du trajet fistulaire, nous pratiquons un cathétérisme à l'aide d'un stylet ; celui-ci s'enfonce

très facilement de deux centimètres environ suivant une direction oblique en bas et en avant sans rencontrer de plan profond. Nous décidons alors de pratiquer une injection d'une solution de bleu de méthylène pour juger approximativement de l'étendue suivant la quantité de liquide introduite. Mais, à notre grande surprise, à peine quelques cm³ de bleu sont-ils passés que l'enfant se met à tousser et à cracher de la salive teintée de bleu : la fistule présente donc un deuxième orifice situé quelque part dans le rhino-pharynx.

L'examen de la bouche pratiqué à ce moment ne révèle rien de particulier ; les amygdales sont petites ; mais la paroi postérieure du pharynx est teintée de bleu. Pensant alors que l'orifice interne de notre fistule se trouve dans le cavum, nous pratiquons une rhinoscopie postérieure, assez délicate chez cet enfant relativement jeune ; pendant qu'un aide injecte la solution colorée, nous parvenons à surprendre l'irruption de celle-ci au niveau de l'orifice interne de la trompe d'Eustache gauche. Au cours de cette opération, l'enfant ne manifeste ni otalgie ni surdité. L'examen du tympan reste identique avant et après l'injection, sa coloration est gris perle ; ses reliefs sont normaux.

Il ne semble donc pas y avoir de communication avec la caisse du tympan car le moindre passage de liquide dans celle-ci causerait des troubles fonctionnels importants et l'aspect du tympan serait sûrement modifié.

Nous décidons alors de pratiquer un examen radiologique après instillation de lipiodol dans la fistule. Ceci fut fait par le D^r COTTENOT, électro-radiologiste de l'Hôpital Saint-Louis que nous remercions bien vivement des renseignements précieux qu'il nous a apportés.

ETUDE RADIOLOGIQUE

La radiographie sous l'incidence menton-vertex-plaque après injection de lipiodol dans le trajet montre que celui-ci est complètement perméable. On voit d'abord deux petits élargissements suivis d'une portion plus étroite, enfin un trajet filiforme aboutissant au cavum et qui en projection paraît bien correspondre au trajet tubaire.

On a fait également une série de radiographies de la région de l'oreille sous diverses incidences, en particulier sous l'incidence temporo-tympanique et sous l'incidence fronto-tympanique. Ces radiographies montrent que le lipiodol ne pénètre à aucun moment dans les cavités de l'oreille moyenne.

Ce compte rendu radiologique confirme les données de notre investigation clinique. La reproduction ci-contre du cliché pris sous l'incidence menton-vertex-plaque permettra de s'en rendre compte aisément.

L'enfant ne présente par ailleurs aucune malformation, aucune ectopie testiculaire, l'auscultation du cœur et des poumons est normale mais, fait intéressant à noter, l'enfant nous apprend que son père et son grand-père présentaient la même malformation ; mais le grand-père étant décédé et le père n'ayant pas voulu venir à notre consultation, nous n'avons pu juger de la similitude de ces fistules congénitales et héréditaires.

DIAGNOSTIC

Il s'agit d'une fistule congénitale complète s'étendant de la racine de l'hélix gauche à la trompe d'Eustache correspondante avec laquelle elle se confond pour déboucher dans l'arrière-nez. Elle ne présente cliniquement et radiologiquement aucune communication avec la caisse du tympan.

Par ses caractères anatomiques, elle entre dans le cadre des fistules dérivant de la perforation de la première poche branchiale décrites par DUBREUIL. En effet, elle est située exactement dans la zone qui correspond à la première poche, à savoir entre les organes qui dérivent des deux premiers arcs branchiaux : en avant d'elle, se trouve la branche montante du maxillaire inférieur et le massif facial dérivant intégralement du premier arc branchial ; au-dessous, la région hyoïdienne dérivant du deuxième arc ; en arrière, l'oreille moyenne et l'oreille externe dérivant du rebord postérieur du sillon branchial. D'autre part, nous avons observé par la rhinoscopie postérieure que cette fistule communiquait et se confondait en un point donné avec la trompe d'Eustache qui, elle aussi, dérive du premier sillon branchial. Cette réunion et les autres rapports anatomiques avec l'oreille moyenne et le maxillaire inférieur suffisent pour affirmer une origine semblable. D'ailleurs on ne voit pas comment pourrait se constituer d'une autre manière un canal pareillement situé.

Le seul point qui reste obscur, c'est l'absence de communication avec la caisse du tympan qui elle aussi dérive de la partie postérieure de la première fente branchiale. En effet, étant donné notre étude embryologique, il semblerait conforme à notre description que non seulement la fistule rejoigne la trompe d'Eustache, mais que mieux encore, elle communique largement avec toute l'oreille moyenne ; nous en sommes réduits à supposer qu'un cloisonnement secondaire est intervenu, isolant l'oreille moyenne et une partie de la trompe d'Eustache du reste de la poche ; intervention heureuse, car il est probable qu'une malformation aussi importante aurait entraîné des troubles graves de l'audition et en tout cas aurait exposé l'oreille moyenne à la menace permanente d'une infection.

Dans les autres cas de fistules complètes que nous avons relevés, l'orifice externe ne présente pas la même disposition ; mais l'insuffisance de leur description ainsi que l'absence de toute étude radiologique rend leur étude imprécise.

Dans le cas de WIRCHOW, il existait une malformation importante de l'oreille ; le pavillon était petit et recroquevillé ; en arrière de celui-ci, se trouvait un orifice. Le cathétérisme était paraît-il facile. WIRCHOW utilisait pour cela une sonde qui débouchait dans le pharynx à la partie supérieure. Le malade ne présentait aucun trouble fonctionnel et on n'observait jamais de rejet alimentaire ou salivaire par l'orifice externe.

RIÉDEL avait observé une fistule qui débutait derrière l'angle du maxillaire inférieur et remontait vers le conduit auditif externe. Il introduisit une sonde dans le trajet fistulaire et jugea qu'elle devait atteindre l'oreille moyenne. Mais une telle imprécision permet de mettre en doute cette assertion.

Il est donc difficile de faire un rapprochement utile de ces diverses observations.

Par ailleurs, il est un fait que nous devons préciser, si le diagnostic positif a été fait aisément grâce à la radio et aux

injections colorées, il n'en reste pas moins vrai que la confusion de ce cas avec les fistules auriculaires banales serait facile.

En général, ces dernières ont un siège fixe, à la racine de l'hélix, alors que dans le cas de WIRCHOW et de RIÉDEL il en est tout autrement. D'autre part, fait capital, elles sont toujours borgnes externes, conséquence de leur origine ainsi que nous l'avons vu.

Enfin, elles sont plus fréquentes que les fistules complètes et donnent lieu à un écoulement liquide. La différence entre ces deux variétés est tellement accentuée que le qualificatif d'auriculaire ne devrait pas s'appliquer à notre fistule et devrait être réservé aux fistules banales.

M. GUYOT groupait les cas de WIRCHOW et de RIÉDEL sous le nom de fistules auriculo-branchiales, ce qui nous semble le terme le plus exact.

TRAITEMENT

Ainsi que nous l'avons noté, notre malade ne présente aucune manifestation morbide ; il serait donc pour le moment absolument inutile de tenter toute intervention aussi bénigne soit-elle ; d'autant que l'on n'aurait même pas l'excuse de pallier à une déformation inesthétique étant donné la discrétion de l'orifice externe qui ne donne lieu à aucun écoulement.

Néanmoins, il est des complications fréquentes de ces fistules qui amènent d'ailleurs le malade à consulter plus souvent que la fistule elle-même : c'est l'oblitération en un point quelconque du conduit déterminant la formation d'un kyste ou même d'un petit abcès en profondeur. Quelle sera alors la conduite à tenir :

Tout d'abord dans un premier temps inciser l'abcès ou extirper la formation kystique.

Puis dans un deuxième temps faire disparaître la fistule. On pourra alors envisager plusieurs techniques :

1° *Injection de liquides caustiques.* — C'est une intervention délicate peu efficace et parfois dangereuse. En effet, lorsqu'on injecte le liquide caustique par l'orifice externe, le moindre excès de liquide fusera par l'orifice interne et pourra déterminer des brûlures étendues de la trompe d'Eustache et du cavum. D'autre part, les résultats que l'on a obtenus de cette façon, pour les fistules borgnes, sont très inconstants et surtout très passagers, ainsi que l'a fait ressortir GUYOT, et

le plus souvent cette thérapeutique ne détermine qu'une sténose en profondeur à l'origine d'abcès multiples récidivants.

Les liquides généralement utilisés à cet effet sont :

L'acide chromique et l'acide trichloracétique.

2° *Cautérisation.* — Il serait tout à fait illusoire de tenter de cautériser tout le trajet de la fistule qui est assez long. Une telle méthode ne serait praticable qu'en cas de fistule borgne externe.

3° *Intervention chirurgicale.* — C'est la méthode parfaite. On extirpe en bloc tout le trajet fistulaire, en évitant soigneusement d'y laisser la moindre parcelle de tissu anormal qui pourrait être à l'origine d'une récurrence future. Cette méthode est exempte de complications ; elle est sûre ; elle pourra être délicate, car des adhérences avec les nerfs et les vaisseaux environnants sont susceptibles d'être rencontrées.

Choix de la méthode :

Si notre malade se révèle pusillanime, et s'il se refuse à toute intervention chirurgicale, nous tenterons l'injection d'acide chromique mais sans grand espoir, sinon de transformer cette fistule complète en variété borgne externe ou borgne interne.

Mais il est très évident que si la moindre complication survient, nous tâcherons de décider notre malade à l'intervention chirurgicale.

CONCLUSION

1° Il s'agit d'une fistule complète, ainsi que l'a montré l'injection de liquide coloré, et la radiographie après lipiodol intrafistulaire. Cette variété est exceptionnelle puisque malgré la richesse de la Bibliographie, nous ne relevons que de très rares cas de fistules complètes de cette région (cas de WIRCHOW, de RIÉDEL). Elle est héréditaire, puisque nous retrouvons la même anomalie chez le père et le grand-père.

2° Cette fistule est la conséquence d'une anomalie au cours de la vie embryonnaire, à savoir la perforation de la membrane didermique interarcuale (1^{re} poche). Anomalie qui a persisté à l'état adulte. Elle constitue l'homologue de fistules cervicales qui ont été beaucoup plus souvent étudiées et qui ont pour origine les persistances des 2^e, 3^e et 4^e fentes branchiales (*Thèse de Moatti 1924*, ROSSANO, *Thèse de Paris 1932*).

La symptomatologie actuelle est réduite à peu de chose. Les troubles fonctionnels inexistants. Mais la possibilité de complications doit faire envisager une extirpation chirurgicale complète de la fistule.

Vu le Doyen :
BAUDOIN.

Vu le Président de Thèse :
LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAND. — Fistule congénitale de l'oreille (*Revue de laryngol.* 1913, t. 1).
- ALEXANDER et MOSKOWICZ. — Ueber eine seltene missbildung der Ohrmuschel (*Arch. f. Ohrenhkl* 1900).
- BARDELABEN (K.). — Handbuch der Anatomie 1897 t. V, p. 125.
- BAUM et DOBERS. — Die Entwicklung des äuss. Ohrs. Anat. Hefte 1905, t. XXVIII, p. 587.
- BELINOFF. — Fistula congenitalis auriculæ bilat. etc. (*Monatschr. f. Ohrenhkl* 1922, t. LVI, p. 319).
- BETZ. — Ueber fistula auris congenita (*Memorabilien* 1863, t. VIII, p. 135).
- BERTRAN y CASTILLO. — Fistule congénitale de l'oreille externe (*Boletín de laryngologia*, 1910).
- BLANC (L.). — Les pendeloques et le canal du soyon (*Journal d'Anatomie et de physiol.*, 1897, t. XXXIII, p. 283).
- BROMAN (I.). — Normale und abnormale Entwicklung des Menschen, 1911, pp. 218 et 772.
- BURNETT. — The Ear, Philadelphia, 1877.
- CALDERA. — Eine neue Varietät von Fistula auris etc. (*Ztbl. f. Ohrenhkl*, t. XX, p. 237).
- CARTAZ. — Malformation de l'oreille (*Bull. et mémoire de la Soc. de dermatol. de Paris*, mars 1894).
- CASTELLANI. — Considérations sur une malform. congénit. de l'oreille ext. (*La Pratica otorinolaryngol.* 1913, t. XIII).
- CORNING (H. K.). — Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen, 1921, p. 570.
- DAHMER. — Die Missbildungen des Gehörorgans (*Ztbl. f. ohrenhkl* 1911, t. IX, p. 49).
- DENKER et KÄHLER. — Handbuch der Hals Nasen-und Ohrenhkl 1926, t. VI, p. 131.
- DUBREUIL. — Traité d'embryologie, 1941,
- DYER. — Fistule of the antitragus (*Ref. Zeitschr. f. Ohrenhkl* t. XXV, p. 225 cité par Grunert).
- ERFORTH. — Zur Kasuistik der Ohrmissbildungen (*Monatschr. f. Kinderhkl*, 1921, t. XXII, p. 55).
- EVANS. — Auricular and periauricular Dermoids, Fistulae etc. (*Brit. Journ. of Children Disease*, 1910, t. VII, p. 490).
- EYLE. — Über Missbildungsanomalien der ohrmuschel (*Thèse de Zurich*, 1891).
- FISCHEL (A.). — Lehrbuch der Entwicklung des Menschen, 1929, p. 549.
- FISCHER. — Klinische Mitteilungen (*Archiv. f. Klin. Chirurgie*, t. LXIX),

- FOURNIER. — A propos d'un cas de fistule congénit. de l'oreille (*Revue de laryngologie* 1919, t. XL, p. 145).
- GRADENIGO (G.). — Lo sviluppo del padiglione dell' orecchio (*C. R. du 4^e Congrès int. d'otologie Bruxelles* 1888, p. 9).
- Ueber die Formanomalien der Ohrmuschel (*Arch. f. Ohrenhkl.*, 1889, t. XXXII, p. 210 et t. XXXIII, p. 1).
- Missbildungen der Ohrmuschel (*Arch. f. Ohrenhkl.*, 1892, t. XXXIV, p. 281).
- Lo sviluppo embrionale dell' orecchio medio ed esterno e della capsula periotica (avec atlas). Turin, 1924.
- GRUBER (W.). — Demonstration einer seltenen Missbildung des äuss. ohrtheiles (*Monatschrift. f. Ohrenhkl.*, 1898, t. XXXII, p. 65).
- GRUNBERG — Die missbildungen des ohrs (*Schwalbe Morphologie der Missbildungen*).
- GRUNERT. — Zur Entstehung der Fistula auris congenita (*Arch. f. Ohrenhkl.*, 1898, t. XLV, p. 10).
- GUIBÉ (M.). — L'appareil auditif in Poirier, Charpy et Nicolas (*Traité d'Anatomie humaine*).
- GUYOT (R.). — Les fistules auriculaires (*Annales O. R. L.* 1934, t. II, p. 1226).
- HAHNE — Ueber Fistula auris congenita (*Thèse de Göttingen*, 1889).
- HAMMAR (J. A.). — Studien über die Entwicklung des Vorderdarms (*Arch. f. mikrosk. Anatomie*, 1902, t. LIX, p. 471 et 583).
- HARDING. — Ein Beitrag zur Kenntnis der congen. Halsfisteln. (*Thèse de Kiel*, 1890).
- HARTMANN. — Über Polyotie (*C. R. du 4^e congr. intern. d'otologie Bruxelles* 1888, p. 15).
- HEIMANN. — Doppelseitige Fistula auris congenita (*Monatschr. f. Ohrenhkl.*, 1911, t. XLV, p. 1259).
- HEJMAN. — Fistula auris congenita (*Monatschrift. f. Ohrenhkl.*, 1911, t. XLV, p. 1260).
- HENKE et LUBARSCH. — Handbuch der spez. patholog. Anatomie, 1926, t. XII, p. 632.
- HENNEBERG. — Beiträge zur Entwicklung der Ohrmuschel. (*Anat. Hefte*, 1908, t. XXXVI, p. 108).
- HERTWIG. — Handbuch der Entwicklungslehre der Wirbeltiere, 1906, t. II (2), p. 113.
- HEUSINGER. — Halskiemenfisteln (*Virchows Archiv.*, 1864, t. XXIX, p. 361).
- HIS (W.). — Die Formentwicklung der menschl. ohrmuschel. (*C. R. du 3^e Congrès international d'otologie, Bâle* 1884).
- Anatomie menschl. Embryonen, 1885, t. III.
- INGAR. — Rudimentär entwickelte missbildete ohrmuschel (*Arch. f. Ohrenhkl.*, t. LVIII).
- JACQUES et ROIG. — Un cas de malformation except. de l'oreille ext. (*C. R. de la Soc. de biologie*, 1928, p. 1135).
- KEIBEL et MALL. — Handbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen, 1911, t. II, p. 273.
- KEITH. — Congenital malformation of Palate, Face and Neck (*Brit. med. Journ.*, 1909, t. II, p. 438).
- Human Embryology and Morphology, London 1933.

- KOLLIKER (T.). — Embryologie, 1882, p. 778.
- KOLLMANN (J.). — Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des menschen, 1898, p. 615).
- KONIG. — Über fistula colli congenita mediana (*Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1896, t. LI, p. 578).
- KOSTANECKI. — Die angeborenen Kiemenfisteln (*Wirchows Arch.*, 1890, t. CXX et CXXI).
- KRATZ. — Ueber fistula fissurae branchialis congenita (*Thèse de Bonn*, 1880).
- LANNELONGUE. — Traité des affections congénitales, Paris 1891.
- LANNOIS et LE MARC'HADOUR. — Les malf. cong. de l'oreille ext. (*Revue d'orthopédie* janv. 1903).
- LERMOYEZ. — Traité des affections de l'oreille, t. I, p. 210.
- LESSER. — Klin. Studien über seltene Formen von cong. Missbildungen (*Zeitschr. f. Chirurgie*, 1873, t. II).
- LEWINSTEIN. — Unvollständige innere Halskiemenfistel mit doppelseit. Fist. préauric. cong. (*Arch. f. Laryngol.*, 1920, t. XXIII).
- LÆWE. — Über die Anfänge der Ohrmuschelbildung, etc. (*Arch. f. Ohrenhkl.*, 1878, t. XIII, p. 196).
- MAES. — Contribution à l'étude des dysplasies congénit. de l'oreille ext. (*Thèse de Nancy* 1926).
- MAGNOTTI. — Sur les malf. congén. de l'oreille ext. (*Arch. ital. di oto-laryngol.*, juillet 1930).
- MANGAKIS. — Un cas nouveau de fist. congénit. de l'oreille (*Arch. internat. de laryngol.*, mai-juin 1906).
- MARX (H.). — Die Missbildungen des ohres in Schwalbe Morphologie der Missbildungen.
 — Missbildungen des Ohres in Henke. Lubarsch Handbuch.
 — Missbildungen des Ohres in Denker und Kahlers Handbuch.
- METTENHEIMER. — Kiemenfistel am äuss. Ohr. (*Memorabilien* 1880, t. XXV, p. 100).
- MOATTI. — Les fist. et les kystes congén. de la région lat. du cou (*Thèse de Paris* 1929).
- MOLDENHAUER. — Die Entwicklung des mittl. und des äuss. Ohres (*Morph. Jahrbuch*, 1877, p. 106).
 — Die Entwicklung des Ohres in Schwartz Handbuch.
- MORRIS. — Case of congenital Fistule of the Ear (*Med. Morth.*, New-York, 1887, t. I).
- NAGER. — Über mediane Nasenfisteln (*Monatschr. f. ohrenhkl* 1932, t. LXVI, p. 60).
- ONODI. — Ueber Kongenitale ohrfistel (*Arch. f. Ohrenhkl*, 1918, t. CII, p. 128).
- PAGET. — Über Kiemenfisteln am äuss. Ohr. (*Lancet* 1877, *Ref. Monatschrift f. Ohrenhkl.*, 1878, t. IX).
- PARMENTIER. — Fistule congénitale préauriculaire (*Progrès médical belge*, 1908, p. 1).
- PFLÜGER. — Über die als Fistula auris congenita (*Monatsch. f. Ohrenhkl*, 1874, t. VII).
- PIEL. — Les malformations congénitales de l'oreille (*Thèse de Paris* 1904).
- POIRIER, CHARPY et NICOLAS. — Traité d'Anatomie humaine, Paris 1912.

- REVERDIN. — Appendices congen. de la région auricul. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1877, p. 458).
- ROSSANO. — Les kystes fistules et tumeurs de la région latérale du cou et le problème de leur origine (*Thèse de Paris* 1932).
- RUGAN. — De la fistule auriculaire congénitale, (*Arch. internat. de laryngol.*, 1910, t. XXIX, p. 119).
- SCHAFER. — Ueber fetale Ohrentwicklung (*Arch. f. Anthropol.* 1892, t. XXI).
- SCHMITZ. — Uber die fistula auris congenita (*Thèse de Halle*, 1873).
- SCHWABACH. — Uber Kiemenfisteln am auss. ohr. (*Zeitschr. f. Ohrenhkl.*, 1879, t. VIII, p. 103).
- SCHWALBE. — Morphologie der Missbildungen, 1911, t. III, chap. VI.
- SCHWARTZE. — Handbuch der Ohrenheilkunde, 1892, t. I, p. 154.
- SIEUR et ROUVILLOIS. — Deux cas de fist. congen. de l'hélix (*Bull. d'O. R. L.*, 1911, t. XIV, p. 24).
- SIMON, STULZ et FONTAINE. — Les fist. et les kystes congénitaux de la région lat. du cou (*Arch. franco-belges de chirurgie*, 1925, p. 203).
- STREETER (G.). — Development of the Auricle in the human Embryo (*Contributions to embryology* 1922, t. XIV, p. 111).
- TESTUT. — Traité d'Anatomie humaine, 1890, t. III, p. 530.
- TURNBULL. — Congenital and acquired Defects of the external Ear (*Med. and Surg. Report Philadel.* 1878, p. 327).
- URBANTSCHITCH. — Ueber die fistula auris congenita etc. (*Monatschr. f. Ohrenhkl.*, 1877, t. VII).
- VARIOT. — Malform. congen. du pavillon et de l'oreille externe chez les enfants (*Journal de Chir. et de Thérap. infant.*, 1894, t. XXVIII).
- WIRCHOW. — Ueber missbildungen am Ohr (*Virchows Archiv.*, 1864, t. XXX, p. 221).
- Ein neuer Fall von Halskiemenfistel (*Virchows Archiv.*, 1865, t. XXXII, p. 518).
- VORABIEFF. — L'oreille ext. de l'homme, Moscou 1901.
- WORMS. — Fistule congénitale antéauriculaire (*Annales des mal. de l'oreille*, 1930, p. 421).
- WOTZILKER. — Ein Beitrag zur Klinik der Bildungsanomalien des gehörorgans (*Monatschr. f. Ohrenhkl.*, 1918, t. LII, p. 588).
-

Imprimerie spéciale de la Librairie Mariale, Paris
